

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

4 суткам снизилась активность. Во время вывода животного из эксперимента на вскрытии отмечался разрыв прямой кишки. Гистологически в стенке кишки наблюдались некротические изменения и выраженная полиморфно-клеточная воспалительная инфильтрация с преобладанием нейтрофильных лейкоцитов. Это говорит что в данном случае был не правильно подобран диаметр стента. У 2-ого кролика стент выпал на 3 сутки. У трех остальных животных отмечалась умеренновыраженная воспалительная инфильтрация в стенке кишечника.

У животных второй группы стенты находились 42 дня, кролики вели себя активно, изменений характера питания и образа жизни не наблюдалось. Морфологически в стенке кишки отмечалась незначительная воспалительная инфильтрация.

Выводы

1. В условиях эксперимента при постановке металлических TiNi саморасширяющихся стентов у животных необходимо учитывать диаметр кишечника с целью недопущения разрывов кишки под действием последнего, а также предотвращение их миграции и выпадения.

2. Малоинвазивные методики (постановка металлических TiNi саморасширяющихся стентов) позволят снять компрессию кишечника при стенозирующих опухолях прямой и нисходящей ободоч-

ной кишки у животных и человека и восстановить проходимость последних.

Литература

1. Аксель, Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель, Н.М. Барулина // Рос. онкол. журн. – 1999. – № 6. – С. 40–46.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: официальный статистический сборник за 2010 год / Т.И. Атрашкевич [и др.] ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Мн. : РНМБ, 2011. – 305 с.
3. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости / М.Д. Ханевич [и др.]. – СПб. : Аграф+, 2008. – 136 с.
4. Кохнюк, В.Т. Колоректальный рак / В.Т. Кохнюк. – Минск : Харвест, 2005. – 384 с.
5. Adenocarcinoma of the colon and rectum / B.T. Motwani [et al.] ; eds. Holland J.F. [et al.] // Cancer Medicine. – 1997. – P. 2029–72.
6. Cancer of the rectum – palliative endoscopic treatment / K.D. Rupp [et al.] // Eur. J. Surg. Oncol. – 1995. – Vol. 21. – P. 644–47.
7. Related Prospective evaluation of laparoscopic surgery for rectosigmoidal and rectal carcinoma / S. Yamamoto [et al.] // Dis. Colon Rectum. – 2002. – Vol. 45, N 12. – P. 1648–54.

ДВУСТРОННИЙ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ ПЛЕЧА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОРАЖЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Дейкало В.П., Аскерко Э.А., Сиротко В.В., Гайко В.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. При выборе тактики лечения повреждений костного скелета, полученных вследствие прикосновения к источникам электрического тока мы столкнулись со многими трудно разрешимыми вопросами. Они касались сроков оперативных вмешательств с момента электротравмы. Это было обусловлено обеспечением анестезиологического пособия из-за общих нарушений. Ведущее значение при этом имели расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, а также очередность или одновременность выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств на одном или двух плечевых суставах, вид иммобилизации после операции, выбор конструкции для остеосинтеза, использование в ходе операции донорской крови, костных ауто или аллотрансплантатов. Освещения этих проблем в доступной нам литературе мы не встречали.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка К. (40 лет) с застарелым двусторонним переломо-вывихом плеча вследствие поражения электрическим током. Давность патологии 2 мес. Больной была оказана помощь в одном из лечебных учреждений районного звена Витебской области (попытка закрытой одномоментной ручной репозиции перелома-вывихов) с последующей иммобилизацией гипсовыми лонгетными повязками (контрольное рентгенологическое исследование

плечевых суставов в боковой проекции не было выполнено).

При обращении больной в клинику выполнена компьютерная томография с пространственной реконструкцией и выявлены следующие нарушения: в правом плечевом суставе 5 фрагментный перелом проксимального метаэпифиза с вывихом головки плеча кзади, в левом плечевом суставе 2 фрагментный перелом малого бугорка плечевой кости с задним вывихом плеча.

Доступ осуществили передним крючкообразным разрезом. Отсекали дельтовидную мышцу от акромиального отростка и рассекали вдоль по ходу волокон. Выполняли акромиопластику за счет нижне - боковой акромионектомии. Затем мобилизовали косный фрагмент малого бугорка с участком диафиза, вправляли головку, проверяли ее стабильность, костный фрагмент фиксировали к материнскому ложе спонгиозным винтом и дополнительно трансоссальными швами. Однако надежной стабильности головки в суставной впадине суставного отростка лопатки не отмечали. Поэтому выполнили сбавивание клюво-плечевой связки. Выполняли интраоперационную контрольную рентгенографию и ушили рану.

Иммобилизацию проводили гипсовыми повязками Дезо.

Результаты и обсуждение. Акромиопластика

расширяла возможности манипуляций и предоставила материал для костной аутопластики.

Предпочтение в пользу первого вмешательства на левом плечевом суставе было отдано из-за наличия справа «электрического знака» с явлениями гнойного осложнения, и тем, что нарушения анатомии были менее значительными. И если головка правого плеча подверглась асептическому некрозу то спасти ее будет проблематично, также как и восстановить функцию плечевого сустава.

На следующие сутки выполнили еще одно контрольное рентгенологическое исследование в двух плоскостях.

Через неделю после стабилизации состояния пациентки, аналогичным доступом выполнили оперативное вмешательство на правом плечевом суставе. Остеосинтез был затруднен нестабильностью головки плечевой кости в гленоиде. Для устранения чего в головку были проведены спицы Киршнера только тогда осуществили остеосинтез с костной пластикой. Однако вправлению и остеосинтезу препятствовала клювов-плечевая связка. Ее рассекли.

Потребности в применении компонентов крови при проведении вмешательств не было.

Выводы. Наш незначительный опыт диагности-

ческой и лечебной тактики при двустороннем переломо-вывихе плеча вследствие поражения электрическим током показал следующее:

1. до и после одномоментной закрытой ручной репозиции необходимо обязательное выполнение контрольного рентгенологического исследования в двух проекциях;

2. проведение местного лечения в основном по тем же правилам, что и термических ожогах, игнорирование электрознака на кожном покрове удлиняет предоперационный период;

3. поочередные вмешательства с менее поврежденной стороны (возможность осложнений в раннем послеоперационном периоде из-за чего сроки вмешательства на противоположной стороне могут перенестись на неопределенное время);

4. выполнение подакромальной акромиопластики в арсенале реконструктивной операции на проксимальном отделе плеча. Это предоставляет материал для костной пластики и способствует восстановлению анатомии и адекватной стабилизации головки плеча в суставной впадине лопатки;

5. пациенты с вышеуказанной патологией и оновременной иммобилизацией обоих плечевых суставов нуждаются в постороннем уходе.

ПОЛИНЕОПАЗИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кожар В.Л., Луд Н.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последние десятилетия отмечается значительный рост числа первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) [1]. Данный феномен обусловлен многими факторами. Перед современной медициной стоит задача ранней диагностики рака. Учитывая сложность диагностики множественных опухолей необходимо знание избирательности их локализации и времени развития [2].

Цель. Учитывая неоднозначность имеющихся данных по этим вопросам, целью исследования явилось изучение состояния первичной множественности рака молочной железы для более ранней диагностики первичных и последующих опухолей.

Материал и методы. Материалом исследования явились данные Белорусского канцер-регистра по Витебской области за 2010-2012 годы. За этот период времени выявлено 237 случаев ПМЗО молочной железы. Проведен анализ времени появления и локализации второй и последующих опухолей.

Результаты и обсуждение. Средний возраст исследуемых женщин составил 60,8 лет. Согласно имеющимся литературным данным, две или более злокачественные опухоли, выявленные одновременно или в интервале времени до 6 месяцев, называются синхронными. Метакронными первично-множественными новообразованиями являются злокачественные опухоли, диагностируемые через 6 месяцев и более. Синхронный ПМЗО молочной железы выявлен у 19 женщин (8,0%), метакронный

рак – у 218 (92%). Средний возраст женщин с синхронным ПМЗО составил 64,3 года, с метакронным – 59,1 года.

Из таблицы 1 видно, что несмотря на небольшое количество женщин с синхронным ПМЗО молочной железы, 90% раков молочной железы сочетаются со злокачественными опухолями пяти локализаций – матка, кожа, яичники, почки, вторая молочная железа. У каждой третьей пациентки обнаружено сочетание рака молочной железы и гениталий.

У 140 пациенток, излечивших рак молочной железы, в более позднем периоде, чем 6 месяцев, развилась злокачественная опухоль в другом органе. Опухолевый процесс в молочной железе у этих женщин на момент лечения был диагностирован в следующих стадиях: in situ – 3 (2,2%), в 1 стадии – 52 (37,1%), во 2 стадии – 69 (49,3%), в 3 стадии – 16 (11,4%). При анализе выявления второй злокачественной опухоли обнаружено преобладание 5 анатомических локализаций (кожа, матка, вторая молочная железа, желудок, толстая кишки). На эти органы приходится почти 70% всех женщин этой группы.

Вторая опухоль развивалась в различные сроки наблюдения. Учитывая это, пациентки разделены на три группы. Первая группа – женщины, у которых вторая опухоль появилась в более ранние сроки – до 5 лет, вторая группа – 5-10 лет наблюдения, третья группа – более 10 лет. Оказалось, что все пациентки с ПМЗО, когда рак молочной железы был